Employee Symptom Screening Form for Workplaces (Non-Healthcare)

Formulario de Detección de Síntomas de Empleados para Lugares de Trabajo (No Sanitarios)

Fecha:___/___/_____

A examinar a cada empleado los síntomas antes de comenzar su turno, según sea necesario si el empleado notifica los síntomas, y como una práctica recomendada, después de completar cada turno.

- Temperatura: 100.4 o superior: el empleado debe ser enviado a casa y/o referido a su proveedor de atención médica.
- Temperatura de 99.2, o superior, pero inferior a 100: que la persona comience a controlar su temperatura dos veces al día durante un mínimo de 14 días para determinar si la temperatura está subiendo o bajando. La persona debe notificar a su supervisor.
- Circule una respuesta (sí, no) para cada síntoma de cada empleado. Si un empleado notifica alguno de los síntomas:
    1. Envíe a los empleados a casa inmediatamente.
    2. Aumente la limpieza en sus instalaciones; asegurar que el personal esté a menos de 6 pies de distancia entre sí. Consulte https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/critical-workers/implementing-safety-practices.html
    3. Excluir empleado hasta que hayan pasado 10 días desde su primer síntoma; además, deben estar libres de fiebre (sin medicamentos) y tener síntomas resueltos durante al menos 72 horas. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html
    4. Si varios empleados tienen síntomas, comuníquese con su departamento de salud local.

*Otros síntomas: considere también el estado de la nariz, diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal. Para los dolores de cabeza reportados: considere si el inicio nuevo o inusual, no relacionado con la cafeína, razones dietéticas (hambre), o antecedentes de migrañas, racimo, o dolores de cabeza tensionales, o dolores de cabeza típicos de la persona.

Nombre del Empleado	Temperatura y Tiempo de Detección	Sentido Febril	Tos	Nueva Falta de Aliento	Dolor de Garganta	Dolores de Cabeza o Muscular	Nueva Pérdida de Sabor u Olor	Escalofríos	Otros Symptons* (por favor, enumere si está presente)	Enviado a Casa o Referido Proveedor de Atención Médica	Iniciales de Inspectores
	AM / PM										
Ejempl: Doe,John	97.8 8AM	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	NONE	Si N	RSM
		Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N		Si N	
		Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N		Si N	
		Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N		Si N	
		Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N		Si N	
		Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N		Si N	
		Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N		Si N	
		Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N		Si N	
		Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N	Si N		Si N	